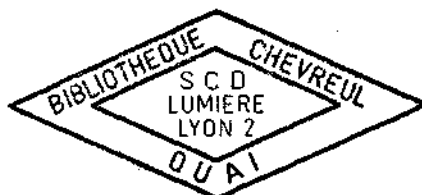


UNIVERSITÉ LYON II



L'INFIRMIERE... DEMAIN
CONTRIBUTION A UNE REFLEXION
SUR LES FINALITÉS DE LA PROFESSION

T H E S E

soutenue en vue du
Doctorat de IIIe cycle

en Psychologie - Sciences de l'Éducation

par

Geneviève CHARLES

sous la direction de
Monsieur le Professeur Guy AVANZINI

630865

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE	
L'INFIRMIERE... HIER	13
CHAPITRE I : L'ELABORATION DE LA FONCTION INFIRMIERE	15
Du monde antique à l'avènement du Christianisme	15
- Le monde antique	15
- La Révolution Chrétienne	23
1. Les soins aux malades à l'aube du Christianisme	24
1.1. Les premières organisations chrétiennes et les premiers soignants	24
1.2. L'apparition des premiers ordres hospitaliers au Moyen-Age	26
1.21. Le personnel soignant dans les fondations hospitalières	29
1.22. L'hygiène et la pratique médicale	29
2. L'épanouissement des ordres congréganistes hospitaliers	32
2.1. Les principaux ordres hospitaliers	33
2.2. Les fonctions des soeurs hospitalières	37
- La satisfaction des besoins fondamentaux	
- Les soins aux malades	
2.3. Les caractères et les problèmes du personnel soignant	45
- La polyvalence du personnel soignant	
- La formation professionnelle	
- Les rapports des ordres et des administrations hospitalières	
3. Les ordres hospitaliers pendant la Révolution	51
3.1. Sous l'Assemblée Constituante	53
3.2. Sous l'Assemblée législative	55
3.3. Sous la Convention	55
3.4. De Thermidor à l'Empire	56

4.	La restauration des ordres hospitaliers	58
4.1.	La restauration catholique	58
4.2.	Le renouveau du protestantisme	59
	- La Communauté des Diaconesses de Reuilly	
	- La Communauté protestante de Kaiserswerth	
CHAPITRE II : NAISSANCE ET MISE EN PLACE DE LA FONCTION INFIRMIERE COMME ACTIVITE PROFESSIONNELLE		64
1.	Vers une conception civile de la fonction infirmière	64
1.1.	La situation de l'infirmière en France dans la seconde moitié du XIXe siècle	64
1.1.1.	L'univers hospitalier	65
	- Le cadre hospitalier	
	- Le personnel soignant	
	. Le recrutement du personnel	
	. Les conditions de vie du personnel	
	. La formation du personnel	
	. La promotion du personnel	
1.1.2.	Les soins extra-hospitaliers	71
	- Les gardes-malades	
	- Les amateurs	
1.2.	La situation de l'infirmière en Grande-Bretagne dans la seconde moitié du XIXe siècle	76
1.2.1.	Avant Florence Nightingale	76
1.2.2.	L'oeuvre de Florence Nightingale	77
	- Son action pendant la guerre de Crimée	77
	- Son action au niveau de la construction hospitalière	78
	- Son action au niveau de la formation des infirmières	78
	. Une hiérarchie	
	. Les attributions de chacune	
	. Le contenu de la formation	
	- Son influence sur les mentalités de l'époque ..	81
1.3.	La transformation de la condition de l'infirmière en Suisse : "La Source"	84
1.4.	Les apports de la Croix-Rouge	85
2.	Vers un statut social de l'infirmière : 1900-1922	88
2.1.	La mise en place de la fonction infirmière comme activité professionnelle en France	88

2.11. Sur le plan public	88
- La reconnaissance officielle de la carrière d'infirmière : la circulaire du 28 octobre 1902	88
- L'école professionnelle d'infirmières de l'Hospice de la Charité de Lyon	92
. Les délibérations des conseils d'adminis- trations des Hospices Civils de Lyon du 23 septembre et du 28 novembre 1899	
But et siège de l'école	
Conditions d'admission	
Enseignement	
Fonctionnement de l'école	
Examen	
- La reconnaissance officielle des infirmières des hôpitaux militaires : le décret de juillet 1903	98
2.12. Sur le plan privé	99
- La création d'écoles d'infirmières	99
- La durée des études	100
- La formation	101
2.2. La mise en place de la fonction infirmière comme activité professionnelle, sur le plan international	103
2.21. La création du Conseil International des Infirmières (1899)	103
2.22. La formation des infirmières en Europe ...	103
2.23. La formation des infirmières aux Etats-Unis et au Canada	104

DEUXIEME PARTIE

L'INFIRMIERE... AUJOURD'HUI	109
CHAPITRE I : L'ENTRE DEUX GUERRES	111
1. Les années 20	111
1.1. L'oeuvre législative	112
1.11. L'organisation officielle de l'entrée dans la carrière	112
1.11.1. Le décret du 27 février 1922	112
- La création du diplôme d'Etat	112
- Le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières	113
1.11.2. La création du bureau central des infirmières	116
1.11.3. L'inspection des écoles	117

1.12.	L'ouverture de la carrière	117
1.12.1.	L'infirmière militaire	117
1.12.2.	L'infirmière visiteuse	117
1.12.3.	Vere une spécialisation plus fine des activités de l'infirmière	124
1.2.	Les activités de l'Association Nationale des Infirmières diplômées d'Etat	130
1.21.	Sur le plan professionnel	130
-	La formation des infirmières	130
-	La pénurie et la rémunération des infirmières	134
1.22.	Sur le plan international	134
2.	Les années 30	135
2.1.	Les décisions législatives	136
2.11.	Sur le plan professionnel	136
2.11.1.	La prorogation de la période dérogatoire : le décret d'avril 1933	136
2.11.2.	Le décret du 18 février 1938	137
2.12.	Sur le plan social	138
2.12.1.	Les Accords de Matignon	138
2.12.2.	Les conventions collectives	138
2.2.	Réflexions et activités de l'Association Nationale des Infirmières diplômées d'Etat	139
2.21.	L'amélioration de la formation profes- sionnelle des infirmières	139
2.22.	Les écueils de la vie professionnelle	143
2.23.	La méconnaissance des droits de l'infirmière	144
2.24.	Présence de l'Association sur le plan international	145
3.	La contribution de la Croix-Rouge française à la formation des infirmières pendant l'entre deux guerres .	146
4.	L'infirmière française à la veille de la Seconde Guerre mondiale	147
5.	L'infirmière sous l'Etat français (1940-1944)	151

CHAPITRE II : DE LA FIN DE LA SECONDE GUERRE MONDIALE A NOS JOURS	153
1. La législation française	153
1.1. La réglementation de l'activité professionnelle de l'infirmière	153
1.11. Une définition de l'infirmière et des soins relevant de sa compétence	155
1.12. La continuité dans les dérogations	156
1.13. La formation des infirmières	159
- La formation des infirmières en école de base	159
- La formation des cadres infirmiers	163
1.2. La réglementation des rapports entre l'administration et la profession	166
1.21. Le Conseil Supérieur des Infirmières	166
1.22. Le Conseil de Perfectionnement des écoles d'infirmières	168
1.23. Le Conseil Supérieur des professions para-médicales	170
2. La radiographie de la profession	173
2.1. Le champ d'activité du personnel infirmier	173
2.11. En métropole	173
2.11.1. Dans le secteur public	174
2.11.2. Dans le secteur privé	177
2.12. Hors de la métropole	181
2.2. Le malaise infirmier	184
- chez le personnel hospitalier	
- chez le personnel extra-hospitalier	
3. L'organisation interne de la profession	190
3.1. Les associations professionnelles	190
3.2. Les syndicats	196
3.3. Le Comité Infirmier Permanent de Liaison et d'Etudes (C.I.P.L.E.)	196
4. Ouverture sur le plan international	197
4.1. Les organisations et leurs oeuvres	197
4.11. Les organismes professionnels internationaux	197
4.12. L'Organisation Mondiale de la Santé	199
4.13. Le Conseil de l'Europe	202
4.2. Les réactions du gouvernement français à ces initiatives internationales	204

T R O I S I E M E P A R T I E

UN ULTIME REGARD SUR HIER ET AUJOURD'HUI	208
CHAPITRE I : LA SITUATION ACTUELLE DE L'INFIRMIERE FRANCAISE	210
1. L'infirmière dans la structure soignante	211
1.1. L'infirmière et le corps médical	212
1.2. L'infirmière et l'administration hospitalière..	218
2. L'infirmière travailleuse spécifique	221
3. L'infirmière dans la société	224
3.1. L'image de l'infirmière	224
3.2. L'impact social de l'infirmière	228
4. La profession d'infirmière	230
4.1. Approche de la notion de profession	232
4.2. A la recherche des conditions d'existence d'une profession	236
4.3. Peut-on parler de profession chez les infirmières ?	238
CHAPITRE II : LES RAISONS DE LA SITUATION ACTUELLE DE L'INFIRMIERE FRANCAISE	243
1. L'étroitesse des finalités	244
2. Les pesanteurs du passé	252
2.1. La contrainte des traditions	253
2.2. La pression de conceptions dépassées	260
2.3. L'entrave des structures sanitaires inadaptées	268
Q U A T R I E M E P A R T I E	
VUES PROSPECTIVES SUR L'INFIRMIERE DE L'AVENIR	274
CHAPITRE I : COMMENT CONCEVOIR ET ASSURER LA SANTE ?	276
1. Qu'est-ce que la santé ?	277
1.1. La santé et la vie	277
1.1.1. Approche de la notion de santé	277
- Comment l'activité normative de la vie permet de comprendre ce que sont la santé, la maladie, la guérison	
- Conséquences de cette conception de la vie, de la santé et de la maladie	

1.12. Vers une définition de la santé	283
- La reconnaissance du droit à la santé	
- La conception de la santé qu'implique ce droit	
1.2. La santé et la mort	288
1.21. L'évolution des attitudes de l'homme à l'égard de la mort	288
1.22. Ambiguïté de l'attitude actuelle à l'égard de la mort	290
1.3. Comment assurer la santé ?	294
1.31. Le point de vue d'Ivan Illich	295
1.32. La valeur des idées d'Ivan Illich	300
1.33. L'avenir de la médecine française	308
CHAPITRE II : COMMENT L'INFIRMIERE PEUT-ELLE DEVENIR "EDUCATRICE DE LA SANTE"	312
1. La fonction de l'infirmière, éducatrice de la santé	313
- Le problème	
- Les conditions d'un changement possible dans le monde sanitaire	
- Les modèles "mutationnels"	
. Quelques modèles mutationnels dans le secteur hospitalier	
. Quelques modèles mutationnels dans le secteur extra-hospitalier	
2. Vers un nouveau modèle infirmier : L'infirmière de Santé Publique	319
2.1. Qui est-elle ?	319
2.2. Les conditions spécifiques de l'exercice de sa fonction	325
. Soins infirmiers	
. Diagnostic infirmier	
. Savoir infirmier	
3. La formation de l'infirmière de Santé Publique	328
3.1. Les principes de la formation	329
3.2. Les aspects et les techniques de la formation..	332
3.3. Le cadre de la formation	335
4. L'originalité et la spécificité de l'infirmière de Santé Publique	338
- L'infirmière et le médecin	
- L'infirmière et les para-médicaux	
- L'infirmière et les travailleurs sociaux	

CHAPITRE III : LES CONDITIONS DE L'AVENEMENT DE L'INFIRMIERE DE SANTE PUBLIQUE	342
1. Une conjoncture politique favorable	344
2. Un double consensus social	347
3. Une transformation des structures sanitaires	348
3.1. Les structures sanitaires de base : Les centres de santé et de soins	348
. Le principe de leur mise en place	
. Leur caractère spécifique	
. Leur localisation géographique	
. Leur objectif	
. Leur organisation	
. Un aspect de leur travail : le dossier familial ou individuel	
. La gestion des centres	
3.2. Les structures hospitalières	360
. Le Centre Hospitalier Régional	
. Les Centres hospitaliers, hôpitaux, hôpitaux ruraux	
CONCLUSION GENERALE	367
BIBLIOGRAPHIE	377
ANNEXES I - II - III	406

CHAPITRE III

LES CONDITIONS DE L'AVENEMENT DE L'INFIRMIERE DE SANTE PUBLIQUE

Le problème de l'infirmière française - ne soyons pas dupes - est fondamentalement un problème politique : son destin dépend, à notre avis, étroitement, du choix que fait la société de sa politique de santé.

Que voulons-nous dire par là ?

Il n'est pas question de faire, ici, de la philosophie, de la sociologie ou de l'économie politique bien que nous ayons conscience que toutes ces disciplines soient impliquées dans toute réflexion sur la politique.

Nous considérons simplement la politique dans son sens étymologique (Polis = la Cité, l'Etat), et dans son sens le plus courant -comme étant la connaissance et la conduite des affaires publiques, ou mieux encore, des affaires qui intéressent l'Etat.

Que la Santé -dans nos sociétés- relève de la politique, c'est évident. N'est-elle pas l'une des dimensions de l'objectif que doit viser tout état digne de ce nom - le Bien Publié!

Dans ce domaine, comme dans les autres, la politique implique la prévision et la mise en place de structures institutionnelles, consécutives à des choix et à réaliser selon certaines voies.

Parler de politique de la Santé c'est donc prévoir une organisation sanitaire c'est-à-dire un ensemble de services solidaires et complémentaires concourant à la satisfaction des besoins des individus et de la collectivité.

Mais la mise au point de cette organisation sanitaire suppose que l'on se soit interrogé sur les finalités à atteindre et que l'on ait opéré des choix : ou lutter prioritairement contre la maladie et miser sur les services de pointe, ou développer la prévention et s'opposer à l'apparition des maladies en créant des services proches de la population.

Si l'organisation sanitaire suppose en amont des choix, elle appelle en aval la fixation des voies par lesquelles on atteindra les objectifs choisis : détermination des étapes, des modalités, du personnel nécessaire... c'est à ce niveau qu'interviennent les infirmières.

Ces trois moments de la politique de la Santé sont étroitement solidaires. Mais ils le sont également de la politique d'ensemble que conduit l'Etat.

La politique de la Santé, reste, par exemple, tributaire de la politique économique, au niveau de la couverture financière des soins, mais aussi dans le choix de ses finalités. Dans une situation de faible croissance des ressources budgétaires, on tend à une utilisation optimale des ressources disponibles : au lieu de répartir les crédits, on cherchera par exemple, à pallier surtout aux maladies qui portent le plus atteinte à la force du travail.

Politique économique et politique de santé sont à leur tour dépendantes des options et... des idéologies de l'équipe au pouvoir.

L'infirmière de santé publique telle que nous venons de la présenter n'est qu'un modèle. Son insertion dans le réel suppose la réunion d'un certain nombre de conditions dont chacune est nécessaire et complémentaire des autres.

1. Une conjoncture politique favorable

La première de ces conditions, comme l'indique Monsieur Avanzini est "l'apport d'une conjoncture politique favorable". Celle-ci est, en effet, primordiale la santé étant un problème politique tant au niveau de la fixation des finalités que de la mise en place des moyens. Cette conjoncture est-elle pour demain ?

Il y a bien dans la politique de la santé actuelle des intentions louables, si l'on en croit, par exemple les décisions prises, par le conseil de planification, réuni le 16 Juillet 1976 à l'Elysée pour fixer les orientations générales de la politique de la santé pour les années à venir(1).

Ce conseil a jugé que le maintien dans l'avenir du système de santé français, "fondé sur le libre choix des malades, était subordonné à une maîtrise accrue des moyens affectés à la santé qui nécessite les efforts conjugués de tous les intéressés"(2). D'où la nécessité d'orienter l'effort en matière de santé selon trois directions :

(1) La définition de la politique de santé - Renforcer la fonction du généraliste.

(2) Idem.

. Rendre l'accès aux soins médicaux plus facile pour les plus défavorisés grâce à l'amélioration des hôpitaux et à l'organisation d'une liaison plus étroite entre l'action sanitaire et l'action sociale.

. Développer une politique de prévention portant sur les conditions et les habitudes de vie ; l'éducation sera développée, ainsi que le dépistage des maladies, en mettant l'accent sur les affections les plus graves et les populations les plus menacées.

. Mieux adapter l'appareil de soins aux aspirations de la population, notamment par la préservation et le développement de la fonction de généraliste dans l'organisation médicale.

Si l'on se réfère, par ailleurs, au budget de la santé pour 1977, tel qu'il a été publié par le Ministère de la Santé, on constate qu'il s'élève à 13,6 milliards de Francs contre 12,3 en 1976 soit une augmentation de 10,6 %. Une fois tous les crédits payés, ce qui représente des dépenses très importantes auxquelles le Ministère ne peut échapper, il restera sur ce modeste budget de la santé -qui ne comporte pas celui de la Sécurité Sociale- une petite marge de 1 milliard de Francs soit 2,44 % de plus que l'an dernier pour amorcer une nouvelle politique de la santé, car "on connaît la volonté de Mme Veil de ne pas laisser proliférer à l'infini "le béton"⁽¹⁾ alors que le nombre de lits d'hospitalisation est globalement suffisant même s'ils sont mal répartis en quantité et en qualité sur le territoire. L'examen attentif de ce budget laisse apparaître entre autre "l'incitation du Ministre à favoriser par des subventions et aides diverses, le maintien au domicile des personnes âgées et des handicapés"⁽²⁾.

Cette nouvelle orientation de la politique sanitaire se traduit en outre, par une série de mesures concernant le développement de l'éducation sanitaire en favorisant la prévention médico-sociale et l'action sociale volontaire ; d'autres ont pour but d'intensifier l'action sociale en faveur des familles en créant des centres sociaux plus nombreux et plus fonctionnels, en multipliant le nombre de travailleuses familiales...

(1) ALAIN REGNAULT (Martine) "Deux priorités dans le budget de la santé : Prévention et humanisation des hôpitaux - Formation des personnels".

(2) Idem.

D'autre part, il y a tout lieu de croire que Madame Simone Veil souhaite freiner ou réorienter certaines dépenses, notamment en repensant l'action et le fonctionnement de certains dispensaires, et en utilisant mieux certains crédits au niveau des collectivités locales grâce "à un plan d'aménagement social concerté" entrepris par plusieurs ministères de manière à valoriser les actions entreprises pour chacun d'entre eux"(1). Ainsi, au lieu de semer, à tout vent, quelques modestes subventions, "cinquante actions concertées permettront dans cinquante zones de sortir avec le concours de l'urbanisme, de l'éducation, de la santé, de l'agriculture etc... un secteur social du sous-développement"(2).

Malgré ces intentions louables et ces velléités de changement le gouvernement actuel peut-il réaliser la mise en place de profondes et authentiques transformations dans le domaine de la santé -et par contre coup- dans la formation des infirmières ?

Il faudrait qu'il effectue -pour cela- de véritables mutations !

Mais peut-on entreprendre et mener à bien de vrais changements de société, en s'appuyant sur un électorat fondamentalement conservateur qui, en réalité, a peur du changement et ne le supporte qu'au coeur de la... continuité ?

Ainsi où la majorité, actuellement en place, reste fidèle à elle-même, et il y a peu à attendre d'elle sur le plan sanitaire, où elle s'ouvre à des perspectives révolutionnaires, mais alors elle se nie, se renie... et se récuse.

C'est pourquoi, nous croyons avec le Professeur Minkowski qu'en France, toute transformation profonde de ce qui relève de la Santé Publique n'est concevable que dans un contexte de politique socialiste de bon aloi"(3).

(1) ALAIN REGNAULT (Martine) op. cit.

(2) idem.

(3) MINKOWSKI (Alexandre). Le mandarin aux pieds nus. op. cit. p. 138.

2 - Un double consensus social

S'il faut en croire les résultats de récents sondages, il semblerait bien que la santé soit pour les Français un objectif prioritaire. Mais il y a loin des vœux pieux à l'égard de la recherche médicale aux engagements personnels et sociaux qu'exige une véritable politique de la santé. Il serait indispensable de commencer par sensibiliser l'opinion publique aux problèmes de la santé, de l'éclairer sur l'ensemble des conditions qu'elle suppose, tant sur le plan collectif que sur le plan individuel. A la conjoncture politique favorable est donc étroitement liée un consensus social éclairé.

Encore faut-il que les différents membres des professions de santé soient prêts eux-aussi à collaborer ensemble, à fournir un travail interdisciplinaire. Comme le remarque encore M.F. Collière, "Pour qu'une action sanitaire soit valable, il importe de déterminer l'ensemble des objectifs que l'on se propose d'atteindre, les zones d'action relevant de telles ou telles professions et les zones d'interférence en fonction de ces objectifs communs"(1).

. En effet dans un travail en interdisciplinarité, les frontières entre chaque profession ne sont pas toujours précises. "Or, des zones de chevauchement conduisent rarement à une coopération accrue pour le bénéfice de l'individu et de la société, mais produisent au contraire une surveillance jalouse des intérêts établis, des prérogatives et des domaines présumés par chaque discipline"(2).

Comme le fait remarquer Claude Veil "il convient de se persuader que la seule technique de diagnostic acceptable actuellement est interdisciplinaire, sans prééminance, ni exclusive, et que le diagnostic initial doit être suivi de bilans, de l'évolution établis par des moyens tout aussi interdisciplinaires"(3).

Ainsi, l'avenir de l'infirmière de santé publique est-il étroitement lié au sein d'un consensus social éclairé, à l'accord des professions de santé sur les finalités et les modalités de leur travail.

(1) COLLIÈRE (M. Françoise) - Les fonctions de l'infirmière de santé publique - op. cit. p. 1083.

(2) ROTHBERG (S. June) - "Pourquoi un diagnostic infirmier" ? p. 1040.

(3) VEIL (Claude) - Handicap et société cité par M.F. COLLIÈRE - Les fonctions de l'infirmière de Santé Publique op. cit. p. 1074.

Il faut aller plus loin encore : l'avènement de l'infirmière de santé publique suppose surtout de profondes modifications dans l'organisation sanitaire elle-même.

3 - Une transformation des structures sanitaires

Une active politique de la santé au sein de laquelle l'infirmière de santé publique pourrait jouer un rôle suppose que chacune des 22 circonscriptions d'action sanitaire et sociale de la France devienne une unité opérationnelle(1).

3.1. Les structures sanitaires de base : Les centres de soins et de santé.

Il faudrait pour cela commencer par mettre au service du public une structure sanitaire de base.

En 1974 plusieurs auteurs en leur nom propre ou au nom d'une institution, réfléchissant d'une manière prospective sur une meilleure organisation des services de santé ont souhaité la mise en place entre le public et l'organisation hospitalière, de services sanitaires nouveaux.

Monsieur Charles Dayan dans son livre "Plaidoyer pour une anti-médecine" envisage la création, "pour remplacer le médecin isolé, d'une équipe de santé qui, dans une commune, un quartier, répondrait aux besoins du public, en étendant son action au-delà des soins, vers la médecine du travail et la prévention. Cette équipe permettrait des échanges plus authentiques avec les usagers qui viendraient lui exposer leurs problèmes, leurs aspirations et lui faire part de leurs espoirs"(2). Dans cette équipe de santé, l'infirmière de santé publique doit avoir une place prépondérante.

De leur côté Jean-Pierre Dupuy et Serge Karsenty ont étudié dans "L'invasion pharmaceutique" la situation bloquée que constitue actuellement, dans le domaine de la médecine libérale, le décalage entre les dépenses de médicaments et l'état de santé de la population. Ils estiment que cette situation est due pour l'essentiel à l'usage à la fois technique ou thérapeutique et non technique ou psychologique et sociale que les

(1) Voir en annexe III Le découpage sanitaire de la France en circonscriptions.

(2) DAYAN (Charles) - Plaidoyer pour une anti-médecine, p. 202

médecins font jouer aux médicaments. Ils n'hésitent pas, pour débloquer cette situation "à remettre en question la médecine exercée par un homme seul" (1) pour la remplacer par "une équipe médicale"(2). Cette équipe exercerait dans une "maison médicale" géographiquement bien implantée où généralistes, para-médicaux, auxiliaires administratifs collaboreraient "pour démonter et traiter des maladies-processus"(3) et "comprendre et soigner c'est-à-dire prendre soin des malades".(4).

La même année, le VI^e comité d'experts de l'O.M.S. en soins infirmiers, réuni à Genève du 30 juillet au 5 août 1974 pour pallier aux inconvénients "d'une technologie de plus en plus coûteuse au service d'un nombre extrêmement restreint de personnes" tandis que "le plus grand nombre se voit écarté des soins les plus nécessaires et habituels, proposent de créer des soins infirmiers communautaires.

Les soins infirmiers communautaires "intègrent à la fois l'aspect préventif, curatif et de réadaptation qui, non seulement sont offerts par les services infirmiers du quartier, du village, de la commune, mais se pensent, s'organisent et se donnent avec la participation directe de la population"(5).

Leur but est ainsi "d'offrir à la population des moyens, de répondre à ses besoins de santé les plus courants en tenant compte de ses modes, de ses conditions de vie, en l'intéressant à l'élaboration et à la mise en place d'une politique de santé appropriée et adaptée à la forme, à la fréquence et à la manifestation des problèmes de santé qu'elle connaît (6) (7).

Nous parlerons pour notre part de centre de santé et de soins.

. Le principe de leur mise en place.

Plutôt que de les enfermer dans un "système logique et obéissant à la raison et à tel ou tel principe politique ou technocratique, donc obligatoirement rigide, il nous semble qu'il faut avant tout leur donner, ou leur laisser les moyens de s'adapter à ces besoins et possibilités, déjà

(1)(2) DUPUY (J.P.) et KARSENTY (S.) - L'invasion pharmaceutique - op. cit. p. 248.

(3)(4) DUPUY (J.P.) et KARSENTY (S.) - idem.

(5) COLLIÈRE (M.F.) - "Les soins infirmiers communautaires. VI^e Comité d'experts de l'O.M.S. en soins infirmiers". p. 929.

(6) idem.

(7) Notre travail était achevé lorsque nous avons eu connaissance de la parution de l'ouvrage du Professeur Jean-Charles SOURNIA "Ces malades qu'on fabrique". Nous sommes heureuses de constater que cette nouvelle étude apporte une confirmation à nos propres réflexions sur la nécessité d'une réorganisation des structures sanitaires (in : Le Monde du 12-1-77).

très évolutifs et qui le seront de plus en plus"(1). En effet, de "bonnes structures de santé ne se reconnaissent pas à ce qu'elles conviennent à telle commodité administrative, à telle conception et intérêt de telle ou telle catégorie professionnelle, à telle doctrine sociologique ou politique"(2), elles se reconnaissent dans la souplesse qu'elles ont à s'adapter aux besoins de l'homme et à son évolution.

Dans notre société contemporaine en perpétuelles mutations, il nous paraît difficile, sans commettre des erreurs graves, de mettre en évidence dans le moindre détail ce qui sera réalisé demain. En effet les conditions de vie de l'homme changeant sans cesse, le service de santé doit parallèlement se modifier, se transformer, suivre l'évolution de la vie, en fonction des critiques et des désirs des utilisateurs.

. Leur caractère spécifique

Néanmoins, si nous ne souhaitons pas figer les centres de santé et de soins dans des structures statiques, il nous est tout de même possible de mettre en évidence quelques grands principes.

les différents centres de santé et de soins et les hôpitaux, auront des structures différentes, avec des responsabilités différentes dans des aires géographiques différentes. Chaque centre de santé et de soins doit pouvoir répondre aux multiples besoins collectifs et individuels des individus tout en leur laissant la liberté de choix (choix du médecin, de l'infirmière...). En outre, dans les centres de santé et de soins, il n'y aura pas non plus de hiérarchie : une profession ne sera pas supérieure à une autre ; chacune d'elle aura sa spécificité, son domaine de compétence, et par là-même sa zone d'autonomie, car la diversité des objectifs pour tendre vers la santé nécessite l'emploi d'équipes pluridisciplinaires ayant des fonctions biologiques, technologiques, psychologiques, médicales, chirurgicales, de soins, de prévention, d'enseignement initial et continu, d'information etc... C'est ainsi que ces centres seront pourvus de multiples personnes ayant de multiples fonctions, et, c'est par leur travail collectif et leur co-responsabilité au sein d'une administration collégiale, que seront atteints les objectifs. Il est évident que chacune de ces fonctions aura sa propre responsabilité professionnelle, mais celle-ci sera d'égale valeur, quel que soit son rôle et engagera une responsabilité collective.

Il n'y aura donc, ni décision, ni contrôle effectué par une seule personne, pas de chef hiérarchique, ni de profession supérieure à l'autre, mais simplement une complémentarité des uns par rapport aux autres.

(1) MATHE (C. et G.) La santé est-elle au-dessus de nos moyens ? p. 285

(2) idem. p. 317.

. Leur localisation géographique

Un centre de santé et de soins pourrait être réalisé pour une population de 20 à 30 000 habitants dans les zones urbaines, ce qui représente une unité de taille humaine, capable de permettre les échanges, d'assumer les fonctions, et de répondre aux besoins diversifiés des groupes humains.

Par contre, en zone rurale ce chiffre serait à la limite de l'absurde. Dans une région du Puy de Dôme que nous connaissons bien, sur un périmètre de 20 à 25 kilomètres 3 communes sont regroupées, et l'une d'entre elles est extrêmement commerçante. On n'atteint pas cependant le chiffre de 5 000 habitants. Et pourtant, un centre de santé et de soins y serait amplement justifié, bien qu'il n'ait pas à assumer les mêmes fonctions qu'un centre urbain, et qu'il ne s'adresserait pas à une population ayant les mêmes conditions de vie, de travail, d'alimentation...

Il apparaît donc que, pour les zones rurales, montagneuses, les îles, la démographie ne sera pas déterminante, mais ce seront les critères géographiques ou sociologiques qui fixeront la création des centres.

. Leur objectif

Nous avons, avec Illich, remis en cause l'utilisation d'une technologie de plus en plus coûteuse au service d'un nombre restreint de personnes, tandis que beaucoup d'autres se voient écartés des soins les plus nécessaires et habituels. En outre, le déficit de la Sécurité Sociale évalué à 9 milliards de Francs pour 1977 pose, dans notre pays, le problème du "prix de la santé".

Bien qu'il soit difficile d'avoir une mesure exacte du poids des dépenses de santé dans l'économie nationale, car les sources d'information sont multiples et complexes, Monsieur Chabrun-Robert dans son article "les dépenses de santé dans l'économie nationale" pense être assez proche de la vérité en avançant qu'elles sont passées de 11 milliards de Francs en 1959 à 72 milliards en 1973. Cette croissance excessive, s'inscrit néanmoins dans un processus normal d'évolution des sciences et des techniques auquel est liée l'élévation du niveau de vie et d'éducation des individus.

Dans cette importante consommation, l'hospitalisation à une part sans cesse grandissante puisqu'en 1959 la consommation médicale se répartissait en masses à peu près égales entre l'hospitalisation, la pharmacie, et les soins médicaux. "Depuis lors la part de l'hospitalisation s'est considérablement accrue pour atteindre plus de 40 % du total, les dépenses de pharmacie et les services médicaux représentent respectivement 28,3 % et 30,8 % environ"(1). Cet état de fait a une répercussion immédiate sur le budget de la Sécurité Sociale qui en 1973 prend en charge 75 % des dépenses de santé alors qu'en 1959 elle n'en prenait que 54 %. Cette augmentation s'est réalisée dans tous les domaines. Le remboursement des honoraires médicaux est passé de 44 à 74 %, et la couverture des frais d'hospitalisation de 68 % à 81 %. En fait, la croissance des charges de la Sécurité Sociale, dans ce domaine est considérable et l'hospitalisation en constitue la majeure partie, près de 50 %. Ces quelques chiffres ne nous permettent-ils pas d'affirmer qu'il est grand temps pour la France d'admettre que les finalités envisagées il y a quelques années ne correspondent plus aux conceptions modernes de la santé ?

C'est pourquoi nous pensons que la création de centres de santé et de soins mis à la disposition de tous les individus quelque soit leur race, leur nationalité, leur religion, leur milieu socio-économique, leurs ressources pourraient permettre de :

. soigner à domicile ou de manière ambulatoire ceux qui en ont besoin, et ceci en collaboration étroite avec les hôpitaux et les cliniques privées de la circonscription.

. faciliter de cette façon le retour des malades hospitalisés dans leur foyer tout en leur assurant une continuité dans les soins, et en diminuant, par contre coup, la durée de leur hospitalisation.

. aider les malades à se réintégrer à la vie sociale le plus rapidement possible.

(1) CHABRUN-ROBERT (C...) "Les défenses de santé dans l'économie nationale" p. 1334.

. Promouvoir la santé des individus au sein du quartier ou de la commune qu'il dessert, serait le deuxième objectif du centre de santé et de soins. Mais qu'est-ce que promouvoir la santé au sein d'une collectivité humaine ? C'est partir d'une conception de la santé telle que nous l'avons préalablement définie, c'est-à-dire liée aux différentes phases d'évolution de la vie, et étroitement influencée par des facteurs biologiques, économiques, politiques, sociaux, culturels qui ne peuvent être considérés isolément, mais intégrés au processus de vie lui-même en fonction des conditions de vie des individus et des groupes.

Ces centres de santé et de soins n'ont pas pour objectif de se substituer en totalité aux individus, mais doivent à partir de leur savoir et de leur capacité, répondre à leurs besoins et leur donner l'ensemble des informations qui leur sont nécessaires pour qu'ils puissent mieux se situer dans leur environnement familial et social. Ce n'est ni les prendre en charge, ni "réduire le malade et son entourage au statut de clients dociles"(1), ni assumer à leur place leur responsabilité, c'est au contraire discerner la forme d'aide, dont ils ont besoin, la leur faire connaître et les inciter à utiliser les moyens appropriés dans le but de retrouver leur entière indépendance.

Mais cette action de prévention doit être réalisée dans un sens bien plus large que celui du dépistage systématique des fléaux sociaux tels que la tuberculose, bien qu'un gros travail reste encore à réaliser dans le domaine de l'alcoolisme, du tabagisme, de la drogue, de l'équilibre alimentaire..., elle doit aborder les tâches d'éducation sanitaire et d'information de la population, de guidance psychologique, d'équilibre de vie, de soutien des handicapés, des inadaptés scolaires, des marginaux... tâches qui n'ont avec la thérapeutique que de lointains rapports ; sans compter que dans notre société industrielle, les demandes de mieux être, de réconfort et de sécurité s'accroissent à mesure qu'elle devient plus complexe et plus inhumaine.

(1) ILLICH (Yvan) - La convivialité - op. cit. p. 63.

. Leur organisation

- au niveau des moyens matériels

Nous passerons brièvement sur les moyens matériels, car il nous semble que, rapidement, les nombreux dispensaires anti-tuberculeux, anti-vénériens..., centres de Protection maternelle et infantile, centres sociaux et familiaux pourraient être aménagés en centre de santé et de soins, bien que de nouvelles créations soient indispensables si l'on veut répondre aux nécessités démographiques que nous nous sommes préalablement fixées.

Nous sommes consciente des besoins en équipement, non pas en matériel lourd -puisque ce dernier existe dans les centres hospitaliers- mais en petit matériel de soins et de prévention qui pourra être prêté aux familles chaque fois que cela leur sera utile.

Outre le matériel nécessaire pour donner des soins aux malades et faciliter, dans la mesure du possible, leur maintien dans leur milieu familial, et leur réadaptation à la vie sociale, il sera utile de prévoir tout un équipement pour l'information et la formation en matière de santé des habitants du quartier ou de la commune ainsi qu'une antenne informatique permettant communications et relations des centres entre eux et avec les hôpitaux.

- Au niveau du personnel

Le fonctionnement des centres de santé et de soins suppose la présence d'un personnel médical et para-médical.

Il n'est certes pas dans le projet d'une infirmière de traiter du rôle et de la place de chaque travailleur dans une équipe de santé. Aussi ne présenterons-nous que des vœux discrets sur le rôle des médecins.

. Pour 52 541 800 habitants, la France compte actuellement 76 583 médecins soit 145,8 pour 100 000 habitants ; 30 % sont salariés et 70 % exercent en pratique libérale, s'installant librement, où ils le souhaitent, choisissant le lieu de leur pratique selon leurs goûts et leurs possibilités ce qui amène un nombre important de médecins dans les

villes et un véritable "désert médical" dans certaines campagnes voire même dans certains départements puisque la moitié d'entre eux ont une densité de médecins inférieure à 100 pour 100 000 habitants.

D'autre part, les malades ont le libre choix de leur médecin, et en changeant comme ils le désirent, alors que le surmenage de ces derniers ne fait qu'augmenter, la plupart d'entre eux travaillant de cinquante à soixante dix heures par semaine. On prétend cependant que c'est le seul système qui permette de préserver la liberté de choix et l'irremplaçable "colloque singulier" qui mieux que tout autre "secteur parallèle" est capable de répondre aux besoins de soutien psychologique, d'éducation et de prévention de la santé au sein des familles. Comme le font remarquer Catherine et Georges Mathé "noble figure ou silhouette grotesque le médecin a toujours été un personnage fondamental de la Cité" (1). Après avoir su se dépouiller de l'auréole et du mystère dont l'entourait son "Art", "le médecin nouveau, dévoilé, technicien n'a rien perdu de son rôle dans la Société"(2); en effet il est un de ceux qui connaissent le mieux les besoins et les ressources de la population et conscient de son rôle et de ses responsabilités, il participe aux affaires de la Cité (près de 10 % des Conseillers généraux et des députés sont des médecins). Cependant si l'on veut que le médecin ait la possibilité d'avoir dans les familles des actions de prévention, d'éducation, d'information et de promotion de la santé, et qu'il puisse collaborer à la construction d'une politique de la santé cohérente, il faut lui en laisser le temps et lui en donner les moyens. Nous pensons qu'il faudrait d'abord réhabiliter le médecin de famille, car ce serait une manière d'aborder "les problèmes de santé auxquels le praticien généraliste a réellement à faire face, et de combler le hiatus qui existe entre ces deux médecines que sont celle scientifique et technologique de l'hôpital universitaire, et celle, trop artisanale et isolée du praticien"(3).

(1) MATHE (C. et G.) - La santé est-elle au-dessus de nos moyens ? p. 127

(2) idem.

(3) idem. p. 308.

Nous souhaiterions que ce médecin de famille soit dans les quartiers, ce qu'était, jadis, et ce qu'est fréquemment encore le médecin de campagne, c'est-à-dire une personne de référence au sein des familles, capable de les aider au niveau des problèmes médicaux et sociaux. Par ailleurs, comme les centres de santé et de soins auront besoin pour fonctionner du concours des médecins, pourquoi n'accueilleraient-ils pas, pour un temps partiel, librement défini par le praticien, dans le cadre d'une équipe médicale, les médecins du quartier desservi.

L'exercice en groupe à temps partiel permettrait au médecin qui le souhaiterait, d'être en partie fonctionnaire de l'Etat et en partie travailleur indépendant, et lui offrirait un certain nombre d'avantages dans la réalisation de son travail dont les plus immédiats seraient une réduction des charges d'accueil, de secrétariat, de comptabilité... qui seraient mises en commun avec les autres activités du centre ; puis, le retour pour les praticiens à une vie familiale plus normale ; et la possibilité de soumettre à discussion dans le groupe tout problème délicat, de trouver au niveau du centre un certain nombre de moyens et d'informations, qui autrefois n'étaient disponibles qu'à l'hôpital, de s'entourer d'un certain nombre d'auxiliaires techniques, que seul et isolé le généraliste n'a pas les moyens de s'offrir, et enfin de bénéficier de l'informatique relié au C.H.R. qui sera pour lui à la fois un moyen de se former et de s'informer en demandant conseil aux "élites" et en travaillant en collaboration avec les différents techniciens des hôpitaux et des centres de santé et de soins.

Ainsi les centres de santé et de soins offrirait-ils aux habitants d'un quartier un choix entre plusieurs médecins, fonctionnant en équipe médicale à temps partiel, qu'ils pourraient d'ailleurs consulter à leur cabinet personnel s'ils le désiraient, alors que les soins prescrits pourraient, sans aucune difficulté être pris en charge par les techniciens compétents du Centre. Un tel système permettrait de préserver "le colloque singulier" cher aux Français qui, il faut bien le reconnaître, sont en matière de santé de farouches individualistes épris de bien être et de sécurité, mais aussi de liberté.

Après des médecins travailleront, outre les infirmières de santé publique, les assistantes sociales, les puéricultrices, les kinésithérapeutes, les aides familiales, etc...

Dans cette équipe de santé, les infirmières de santé publique devraient avoir une place prépondérante. Car c'est à l'intérieur des Centres de santé et de soins, en relation avec les infirmières d'hygiène scolaire et du travail qu'elles exerceront les fonctions que nous avons analysé.

Centrées sur les personnes et la population, elles seront accessibles à tous, ayant le souci constant d'écouter et de répondre aux besoins des gens sur le plan préventif ou curatif.

Comme le signalent les experts de l'O.M.S., l'infirmière de santé publique devra être capable "d'identifier des besoins de santé en sachant analyser des situations, d'être des relais entre les familles et les personnes des services vers lesquels les familles ont besoin d'être orientées, de partir des conditions de vie et des connaissances qu'ont les gens et de les aider à les compléter, d'avoir une action concertée avec d'autres services sanitaires et sociaux, de savoir regrouper un ensemble d'informations permettant de cerner les questions ayant un retentissement sur l'ensemble de la communauté"(1).

Selon les cas, l'infirmière de santé publique se référera aux autres spécialistes de la santé : assistantes sociales, psychologues, kinésithérapeutes... ou demandera leur collaboration. Nous avons conscience que jusqu'à présent, il était impossible aux travailleurs para-médicaux de passer d'une structure hospitalière à une structure extra-hospitalière du fait de leur statut. Nous avons mis en évidence, au cours de notre étude sociologique sur la profession d'infirmière, la pluralité des statuts de l'infirmière, pluralité que l'on retrouve chez les assistantes sociales, les puéricultrices... ; c'est pourquoi nous préconisons que l'ensemble des travailleurs sanitaires, quelque soit le secteur de leurs activités, soient des fonctionnaires de l'Etat.

Avec un statut de fonctionnaire les travailleurs de la santé auraient la possibilité de choisir leur poste de travail, et d'en changer avec facilité, en fonction de leur compétence. Cette mobilité à l'intérieur des structures hospitalières et extra-hospitalières éviterait que

(1) COLLIÈRE (M.F.) Extraits des grandes orientations du 6e Comité d'experts de l'O.M.S. sur les soins infirmiers communautaires p. 11.

s'établissent d'une part la "routine" et le désintérêt, et d'autre part la spécialisation excessive, qui a pour conséquence immédiate de créer une hiérarchisation entre les individus en même temps qu'une indifférence à l'égard de la création.

Le passage d'une structure à une autre pourrait amener l'infirmière à acquérir par l'intermédiaire d'une "capacité", comme nous l'avons dit, une qualification et une expérience supplémentaires assorties d'une promotion..

. Un aspect de leur travail : Le dossier familial ou individuel

Le support et le fruit du travail des centres de santé et de soins pourrait être le dossier familial et (ou) individuel que certains actuellement appellent "dossier infirmier" par opposition au dossier médical : il serait le plus sûr garant de la validité et de la continuité des soins infirmiers en matière de santé publique. Toute une étude pourrait être consacrée à cette réalisation. Nous nous limiterons à esquisser le profil de ce que pourrait être ce type de dossier. Il s'agirait d'un document écrit, mis à la disposition de l'ensemble de l'équipe de santé sur lequel seraient regroupés les éléments concernant :

- La représentation et le mode de vie de la famille ou du groupe avec :
 - . la composition de la famille ou du groupe (âge de chacun, sexe, composition de la fratrie...).
 - . les ressources financières de la famille et en particulier son quotient familial.
 - . le plan des locaux d'habitation où vit la famille ou le groupe.
- Les éléments de l'analyse de situation faite dans la famille au moment où elle prend contact avec le centre.
- La formulation des problèmes qui se posent à elle.
- Les différentes actions menées par différents intervenants dans la situation familiale, ainsi que la transcription de leurs résultats.

- Enfin, périodiquement, des bilans seront retranscrits sur ce dossier afin de faire le point sur l'évolution de cette situation, les possibilités de prise en charge par la famille de ses problèmes, les actions qui restent encore à réaliser.

Ce document en consignait de manière précise et concise toutes les informations concernant le groupe familial devrait être un outil de travail susceptible de diriger l'action de l'équipe de santé.

. La gestion des centres

Chaque centre devrait être géré par un groupe restreint composé non seulement des représentants des techniciens de la santé, des représentants de la population, et des usagers, mais aussi des représentants de certaines professions directement intéressées par les problèmes de santé, telles que les urbanistes, les architectes, les sociologues, les instituteurs... ; car le centre doit être conçu comme un lieu d'échanges où chacun à son mot à dire.

Le groupe des responsables aurait pour tâche d'assumer le fonctionnement régulier et de suivre de près la vie du centre, chargé de sa gestion et riche d'une expérience déjà acquise, il devrait permettre de remettre en cause et de faire évoluer ses objectifs et son action.

Cependant, on ne peut parler de gestion, sans résoudre les problèmes d'argent ; si l'un des objectifs de ces centres est de créer une égalité d'accès aux soins et même possibilité de santé chez tous les individus, il nous paraît difficile, si l'on souhaite vraiment les ouvrir à l'ensemble de la population de ne pas en assurer la gratuité. Certes, nous reconnaissons qu'il est un peu osé de notre part, de parler de gratuité alors que la Sécurité Sociale, a depuis quelques années, de gros ennuis budgétaires. Cependant nous croyons fermement que ce système de santé, en faisant appel au tiers payant, permettra, malgré tout, à la Sécurité Sociale de réaliser des économies, en évitant les hospitalisations massives, en maintenant les personnes âgées à leur domicile, mais aussi et surtout parce qu'un contrôle plus judicieux sera exercé au niveau des examens biologiques, radiologiques, électriques et endoscopiques, qui ne seront pas répétés sans nécessité. Ce point de vue est d'ailleurs confirmé par le Dr Escoffier Lambiotte : "la part considérable 50 %"

des soins hospitaliers dans les dépenses de santé invite à porter à ce secteur une attention particulière tant sur l'application judicieuse des progrès techniques que sur la justification même des hospitalisations ; il est vraisemblable qu'un système de santé mieux conçu permettrait d'en éviter un grand nombre"(1).

Les centres de santé et de soins ainsi définis travailleraient en étroite collaboration avec les hôpitaux.

3.2. Les structures hospitalières

Si les centres de santé et de soins constituent la structure de base de la circonscription sanitaire, les hôpitaux en restent les pièces maîtresses, et le centre hospitalier régional, la clef de voûte.

L'hôpital moderne présente actuellement l'avantage de regrouper un vaste ensemble de moyens en matériel et en hommes susceptibles, au niveau d'une circonscription géographiquement déterminée, de rendre de multiples services à une clientèle bien définie. L'histoire nous a montré que pendant longtemps en France l'hôpital avait eu pour mission d'héberger les malheureux, les mendiants, les invalides, les marginaux de la société(2) en soignant parallèlement d'ailleurs, ceux qui en avaient besoin. Cependant, il ne jouait aucun rôle prépondérant dans la lutte

(1) ESCOFFIER LAMBIOTTE (Dr) - "Le prix de la santé" (in : Le Monde du 24.9.76).

(2) GUTTON (J.P.) dans sa thèse "L'état de la mendicité dans la première moitié du XVIIIe siècle", met en évidence que les pauvres convaincus de mendicité ou de vagabondage pouvaient soit se rendre d'eux-mêmes à l'hôpital, soit arrêtés par la maréchaussée y être conduits de force. Pour le pauvre arrêté, l'hôpital était à la fois un asile et une prison. Un asile car on subvenait à tous ses besoins : on le nourrissait, le vêtit, le soignait si l'occasion s'en présentait, enfin on l'instruisait, car travail et éducation religieuse étaient les antidotes de l'oisiveté qui est la "mère de tous les vices". Mais, si l'hôpital est pour le pauvre un asile, il n'en est pas moins une prison où il aliène toute liberté.

En fait ces premières mesures d'assistance visent avant tout à protéger la société de certains individus qui ont une vie sans règle, conduite seulement par des passions, sans aucun recours à la raison. Non seulement la société se protège comme le dit Michel Fourcault dans "l'histoire de la folie à l'âge classique" dans le chapitre consacré au "grand renfermement" mais, elle "se sépare de l'inutile, de celui que l'on soupçonne de colporter "les pestes" ; d'être l'instrument des émotions". GUTTON J.P. - L'état de la mendicité dans la première moitié du XVIIIe siècle - Auvergne - Beaujolais - Forez - Lyonnais - 1973 - p. 26.

contre les fléaux sociaux où les actions de prévention. En effet dès 1838, les maladies mentales étaient du ressort des hôpitaux psychiatriques départementaux ; la lutte contre la tuberculose, jusqu'à une date récente, relevait de dispensaires spécialisés, et le traitement de cette maladie était réalisée dans des établissements de cure particuliers. (sanatoria). Dès 1945, la lutte contre le cancer est assurée par les centres anti-cancéreux et toute la protection maternelle et infantile, la santé scolaire et universitaire s'exerce hors de l'hôpital. Cet empirisme a évidemment présenté un certain nombre d'avantages et d'inconvénients dont en particulier "de conduire à une politique de la santé punctuelle, sans cohérence ni vues d'ensemble et à une politique de la santé coûteuse ne faisant pas suffisamment appel aux potentialités de l'hôpital"(1).

Dans un simple souci de rationalité et d'économie, l'hôpital doit être, aujourd'hui, considéré comme un maillon essentiel d'une politique de la santé. Pour ce faire, l'hôpital ne doit plus se confiner à recevoir des malades en vue d'une hospitalisation de plus ou moins longue durée, mais avoir des actions de soins, de prévention, et d'éducation à l'extérieur de ses murs. L'Article 678 du Code de la Santé Publique prévoit en effet :

"Les hôpitaux pourvoient aux examens de médecine préventive et de diagnostic, au traitement avec ou sans hospitalisation des malades, blessés, convalescents et femmes enceintes, y compris notamment, le cas échéant, leur réadaptation fonctionnelle, ainsi qu'à l'isolement prophylactique"(2).

Pour réaliser ces objectifs, et avoir en même temps des missions d'enseignement, l'hôpital doit se créer des "antennes mobiles" en homme et en matériel. Quelques efforts ont bien été tentés avec la création de consultations externes offertes aux malades pouvant se déplacer ; l'hospitalisation de jour permet aux malades d'être traités la journée à l'hôpital et de rentrer chez eux chaque soir ; grâce à l'hospitalisation à domicile, enfin, le malade bénéficie chez lui des avantages du système hospitalier. Mais ces initiatives fort louables, restent encore limitées en nombre et insuffisantes dans leur réalisation si on veut réellement que toutes les potentialités de l'hôpital soient en totalité utilisées

(1) COURQUET (J...) - L'hôpital aujourd'hui et demain.
p. 93.

(2) COURQUET (Jean) - op. cit. P. 94.

et exploitées pour le plus grand bien des individus.

C'est pourquoi il nous paraît intéressant de faire à l'hôpital une autre place dans la Cité, afin de mieux l'intégrer à la vie des individus et par là-même, amener ceux qui le dirigent, administrateurs et médecins, à donner des réponses plus adaptées aux besoins des populations.

- Le centre hospitalier régional (C.H.R.)

Le centre hospitalier régional représente un potentiel considérable en homme et matériel de toutes sortes ; ses possibilités d'actions et de réalisations ne sont plus à démontrer. Cependant pour être économiquement rentable, l'hôpital doit "sortir de ses murs" et offrir ses services à l'ensemble de la population. Au sein de la circonscription sanitaire et social son rôle doit être primordial, car lui seul dispose de moyens nécessaires aux actions de soins, de prévention, de recherche, et d'enseignement ; en l'utilisant à meilleur escient, la France pourrait peut-être réaliser quelques économies, en tout cas cela lui éviterait d'investir de nouveaux capitaux, dans de nouveaux équipements hospitaliers alors que ceux-ci couvrent les besoins en lits d'hospitalisation de l'ensemble de la population Française.

Si nous désirons que le C.H.R. ait un rayon d'action qui ne soit pas limité à l'enceinte de ses murs c'est que "l'on s'est en effet aperçu que, si tel ou tel hôpital universitaire dans telle ou telle ville dispensait aux patients qui avaient la chance de leur être envoyés les soins les plus élaborés et les plus efficaces, des populations nombreuses vivaient encore à des distances variables, voire dans le plus proche voisinage, dans de véritables ghettos sous-médicalisés, qui, en tout cas, ne profitaient en rien de cet équipement intellectuel et matériel que la Nation, l'Etat ou la ville consacrait à la santé"(1).

Cet état de fait réside généralement dans l'isolement matériel et intellectuel des médecins praticiens, vivant au milieu de ces populations et auxquels elles recourent ; de plus, le patron de C.H.U.,

(1) MATHE (C. et G...) La santé est-elle au-dessus de nos moyens ? op. cit. p. 307.

technicien averti, possédant le savoir, est lui aussi, très isolé de ses confrères praticiens, et ne connaît, le plus souvent, pas grand chose des besoins des populations qui, en dernier ressort, ont recours à ses soins.

C'est pourquoi, il nous paraît souhaitable que le "grand patron" sorte de l'hôpital, afin de faire bénéficier sur le terrain, ses confrères praticiens, de sa science. De cette déconcentration les médecins ne seront pas les seuls bénéficiaires, les malades y trouveront leur compte, puisqu'ils pourront bénéficier, à leur porte, dans le centre de santé et de soins de leur quartier, des conseils donnés par une élite, sans avoir à subir les longs déplacements d'un bout à l'autre de la ville, les attentes, les pertes de temps, d'énergie et d'argent pour aller en consultation à l'hôpital.

Grâce à l'utilisation de l'informatique dont il n'est pas déraisonnable de prévoir que d'ici peu chaque centre de santé et de soins sera muni, la décentralisation pourrait se réaliser dans d'autres domaines. En effet, chaque centre de santé et de soins étant muni d'un terminal directement relié au centre hospitalier régional celui-ci connaissant toutes les données pathologiques, sociales et familiales d'un malade pourrait au cours d'une consultation l'orienter vers l'établissement le plus apte à lui prodiguer les soins adaptés à son état, dans un périmètre proche de son domicile. En outre, de très nombreuses hospitalisations, erreurs de traitements, ou surcroît d'exams et d'investigations pourraient, de la même manière, être évités, car, le médecin praticien ayant une antenne à sa disposition avec le centre hospitalier régional posera à la machine un certain nombre de questions; celle-ci résoudra avec "la compétence de ceux qui l'auront programmée, c'est-à-dire probablement les spécialistes les plus autorisés, certains problèmes techniques pour lesquels lui n'est pas qualifié, et pour lesquels il devait jadis envoyer le malade en consultation"(1).

Nous voyons ainsi, petit à petit, se dessiner l'image du centre hospitalier régional comme étant celle d'une "super puissance" immensément riche sur un plan intellectuel, matériel et humain, et dont l'objectif principal est d'être dans la cité, à la disposition des populations,

(1) MATHE (C. et G...) op. cit. P. 290.

non pas forcément en les attirant en son sein, mais en mettant à leur disposition les moyens dont il dispose pour lessoigner, prévenir la maladie et améliorer leur condition de vie.

Il est certes incontestable que l'état de certaines personnes nécessite le recours aux services d'un centre hospitalier, mais ce dernier doit tout mettre en oeuvre pour que le séjour du malade soit le plus court possible; ce qui l'amène à instaurer avec les centres de santé et de soins un système de communication tant au niveau du personnel médical que du personnel soignant, de façon que dès sa sortie de l'hôpital le malade puisse être pris en charge par une équipe pluridisciplinaire.

- Les centres hospitaliers, hôpitaux, hôpitaux ruraux

Quant aux centres hospitaliers, hôpitaux et hôpitaux ruraux tout en conservant leur entière autonomie financière, ils seront placés sous la dépendance du C.H.R. auxquels ils seront reliés par l'informatique. En effet, le centre hospitalier régional ayant une connaissance suffisante des moyens dont disposent ces hôpitaux et des soins que nécessitent l'état d'un malade, est à même de leur adresser les patients qu'ils desservent géographiquement, lorsqu'ils ont la possibilité de leur administrer les soins que nécessitent leur état ; dans le cas contraire, le malade sera conduit dans un autre centre hospitalier voire même au C.H.R.

Chaque circonscription sanitaire(1) serait donc dotée sur le plan hospitalier;

. d'un centre hospitalier régional(2) ayant un rayon d'action de 84 kilomètres et une capacité d'accueil de plus de 500 lits, regroupant

(1) En 1972 la population de la France était de 51 487 400 habitants chiffre trouvé dans "la population de la France" (in : Revue hospitalière de France : numéro 5 Spécial Campus 1975). Si la population française était répartie d'une manière homogène sur l'ensemble du territoire français chaque circonscription comprendrait donc 2 340 340 habitants environ.

(2) Les hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris et les Hospices Civils de Lyon et Marseille ne comptent que pour un seul C.H.R. alors qu'en fait ils en possèdent plusieurs.

tous les services habituels de médecine, chirurgie, spécialités, ainsi que des services de convalescents, de chroniques, de réadaptation fonctionnelle et de consultations externes ;

. en fonction de son étendue et de sa démographie, de 3 ou 4 centres hospitaliers ayant un rayon d'action d'environ 39 kilomètres et une capacité d'accueil de 200 à 2 000 lits répartis dans tous les types de services, sauf les spécialités dites "rares" telles que réanimation cardiaque, neuro-chirurgie... ;

. de deux hôpitaux ayant un rayon d'action de 18 kilomètres et une capacité d'accueil de 51 à 500 lits comprenant un éventail de services plus restreints puisqu'ils ne posséderaient ni service de gynécologie, ni d'oto-rhino-laryngologie, ni d'ophtalmologie. Susceptibles d'accueillir des malades de médecine, de chirurgie générale, ils déchargeraient, de ce fait, le C.H.R. et n'éloigneraient pas trop, dans certains cas, le malade de son environnement habituel,

. enfin de deux hôpitaux ruraux ayant en général moins de 50 lits, un rayon d'action de 14 kilomètres et les innombrables cliniques privées qui constituent, de nos jours un "secteur parallèle" compléteraient le complexe hospitalier de la circonscription.

- oOo -

Si le C.H.R. est le coordinateur du complexe hospitalier au sein de la circonscription sanitaire, c'est qu'il disposera de moyens de liaison et de communications efficaces avec les centres de santé et de soins et les autres complexes hospitaliers. En outre, grâce à l'informatique, il sera mieux à même, en fonction des renseignements transmis par le centre de santé et de soins au sujet d'un malade, de décider d'un protocole de traitement à domicile où d'une éventuelle hospitalisation dans l'hôpital public ou privé le plus proche et le mieux équipé.

Si dans nos suggestions, en vue d'une nouvelle organisation de notre système de santé, nous avons conservé à l'hôpital une place prépondérante "c'est qu'il doit garder un rôle privilégié, novateur et coordinateur pour tout ce qui relève de l'incomparable et coûteux "plateau technique" qu'il détient"(1).

(1) ESCOFFIER-LAMBIOTTE(Dr) - "Le prix de la santé"